

Formulario de solicitud de servicio de Nutrigenética

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO HOMBRE MUJER ORIGEN ÉTNICO Caucásico Asiático Africano Otro _____

EMAIL _____

DATOS CLÍNICOS _____

DATOS DE LA MUESTRASangre en EDTA Saliva

OTROS _____

DATOS DEL FACULTATIVO

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

ESPECIALIDAD: _____ CENTRO: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO _____

RECEPCIÓN DEL INFORME DE RESULTADOS **Vía e-mail en la dirección** (En cumplimiento de la Ley 15/1999 de Protección de Datos, en el informe constará únicamente el código alfanumérico y no el nombre del paciente):

EMAIL: _____

 En papel (plazo de entrega sujeto a servicio de mensajería)

DIRECCIÓN: _____

ANÁLISIS PREVENTIVO QUE SE SOLICITA

(NutriTyping comprende el conjunto de 7 análisis mostrados en su categoría.)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> NutriTyping | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Apetito, saciedad e ingesta emocional | | |
| <input type="checkbox"/> Metabolismo de las grasas | | |
| <input type="checkbox"/> Perdida de peso en respuesta al ejercicio | | |
| <input type="checkbox"/> Intolerancias alimentarias (Lactosa, Gluten, Fructosa e Histaminas) | | |
| <input type="checkbox"/> Necesidades vitamínicas (B12, B2, B6, C, D, E, así como el ácido fólico) | | |
| <input type="checkbox"/> Susceptibilidad genética a agentes externos (Asma, sensibilidad al sol, dermatitis atópica o la enfermedad de Crohn) | | |

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como médico prescriptor, firmo haber proporcionado toda la información correspondiente al análisis prescrito al paciente, y que éste ha consentido someterse a él, firmando el correspondiente consentimiento informado. Asimismo, reconozco que el paciente ha autorizado al laboratorio a que, una vez concluidos los procesos de análisis, emplee la muestra con finalidad exclusivamente de investigación y de forma totalmente anónima.

FECHA: _____

FIRMA: _____

CADENA DE CUSTODIA DE LA MUESTRA**TOMA DE MUESTRA**

FECHA _____ HORA _____

TOMA REALIZADA POR _____

ALMACENAMIENTO Temperatura ambiente En frigorífico (+4°)FIRMA: En congelador (-20°) SOLICITO RECIBIR MATERIAL PARA LA TOMA, SOLICITUD Y ENVÍO DE MUESTRAS**ENVÍO DE LA MUESTRA**

TRANSPORTE REALIZADO POR _____

CONDICIONES DE TRANSPORTE DE LA MUESTRA Tª ambiente En Frío**RECEPCIÓN DE LA MUESTRA**

FECHA _____ HORA _____ RECEPCIONADO POR _____

DOCUMENTOS ADJUNTOS CONSENTIMIENTO VOLANTE OTROS _____

OBSERVACIONES _____

FECHA DEL INFORME _____ FIRMA: _____